

〈 問診票 〉

来院時の体温 ふりがな

生年月日

記入者 (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ())

_____ °C 名前 _____ 年 月 日 男 ・ 女 _____ 歳 ヶ月

身長 _____ cm 体重 _____ kg 脈拍 _____ 回/分 血圧 _____ / _____ mmHg SpO2 _____ %

【 症状 】

発熱 (解熱剤使用 (あり ・ なし))

はな (月 日 ~) → (鼻水 ・ 鼻づまり)

咳 (月 日 ~) → (痰がらみ ・ 乾いた咳 ・ ゼーゼー ・ 息苦しさ)

痛み (月 日 ~) → (頭 ・ のど ・ お腹 ・ ())

吐き気・嘔吐 (月 日 ~) → 回数 (1日 回 ・ 最後に吐いた日時 / 時頃)

下痢 (月 日 ~) → 回数 (1日 回) 形 (水様 ・ 泥状 ・ 軟) 色 (黄茶色 ・ 白色 ・ 血が混ざる)

他院受診 (月 日) (病院名)

その他

コロナ陽性者もしくはその濃厚接触者との接触
関係: _____
場所: _____

期間: _____

県外への移動もしくは県外へ移動した人との接触
関係: _____
場所: _____

期間: _____

◎ 保健所へ連絡しましたか? (はい ・ いいえ)

◎ 食事・水分はとれていますか? (いつもどおり やや少ない 少ない 水分のみとれる)

◎ 元気はありますか? (はい ・ いいえ)

◎ 周りで体調を崩している方はいますか?

いない いる → 家族、() 幼稚園・保育園、() 小・中学校、その他
(病名)

現在治療中の病気や今までに大きな病気がありましたか?

現在使っているお薬(飲み薬・塗り薬)はありますか?

ない ある

※ お薬手帳お持ちの方は、一緒に出してください

◎ アレルギーについて なし 不明(検査したことがない) あり

ありの方 → 薬() 食べ物(牛乳・卵・) 他()

◎ 飲む薬 水薬(シロップ) 粉薬 錠剤またはカプセル 服用したことがない

解熱剤 → シロップ ・ 粉薬 ・ 坐薬 ・ 錠剤